



# 全日病 NEWS 11/1

発行所/社団法人全日本病院協会  
発行人/西澤 賢 俊  
〒101-8378 東京都千代田区三崎町  
3-7-12 清話会ビル  
TEL (03)3234-5165  
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.674 2007/11/1 <http://www.ajha.or.jp/> [mail:info@ajha.or.jp](mailto:info@ajha.or.jp)

## 届出を義務化。重大事故は「事故調」が通報、捜査と並行

厚労省が「医療版事故調」で試案 通常国会で法整備を用意。21条は解釈変更へ。最短でも2010年度施行か

10月26日の「診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方に関する検討会」に事務局(厚生労働省医政局総務課)は医療事故の調査と再発防止策提言を担う第三者機関設置に関する案を提示、とりまとめに向けた議論の再開を求めた。

同検討会の議論を踏まえて今年3月に公表した試案を修正・具体化したもので、同省は「第2次試案」として10月17日に公表、意見募集を開始した。

主旨は、①厚労省内に「医療事故調査委員会(仮称)」を設置する、②対象は医療関連死に限定し、医療機関に当委員会(ブロックごとの分科会)への届出を義務づけ、違反には罰則を科す、③報告書は公表するとともに、行政処分、民事・刑事における活用 に供する、というもの。(試案の概要は3面に掲載。検討会の議論内容は次号に掲載)

試案は概ね国土交通省「航空・鉄道事故調査委員会」の方式を踏襲しているが、調査対象は、当面、診療関連死に限定する。したがって、医療事故情報報告制度は引き続いて存続する。また、ADR(裁判外紛争処理)は民間に委ねるとしている。

届出義務化にともなう罰則の内容は、現時点では定かではない。行政処分は医道審議会等既存の枠組みで行なうが、今後は、システムエラーなど医療機関も処分対象とし、その仕組みを設ける。

各医療機関の院内事故調査委員会については、事故調との連携を想定して積極的に位置づけているが、特段、設置を義務づける考えは示されていない。

医師法21条の取り扱いについて、事務局は、「医療版事故調」の設置を前提に引き続き議論を行なうと説明した。

試案によると、委員会は遺族からの相談も受け付けるなど、医療機関による届出がない事故も取り上げる。また、医療事故にかかわる刑事捜査のあり方に関しては管轄が違うということから言及を控える一方で、「診療関連死の中にも刑事責任を追及すべき事例もあり得ることから、警察に対して速やかに連絡される仕組みとする」とした。

同日の検討会では、警察による捜査と並存することについて質問や疑問が相次いだ。これに関して、先事例となる航空・鉄道事故調査委員会の実態報告が国土交通省担当課長からなされた。

それによると「調査と捜査は同一現場で同時並行で行われるが、関係者聴取や関係器材等の確保は別々に実施されており、共同行動はとっていない」と共同捜査を否定した。

ボイスレコーダーのように1つしかない証拠物についても「警察が押収するが分析は事故調にまかされている」と説明。「聴取等で事故調が知りえた情報を警察に報告するというは一切していない」と、現場で活動が交錯しないように調整を図ることはあるものの情報を流すといった「下請け」的な関係にはなっていないと、一部委員が示した疑念を否定した。

報告書については、「公表したものである以上、それを捜査当局が活用するのはマスコミや国民も同様だ」と説明した。

航空・鉄道事故調の経験を踏まえ、試案には「警察に通報された事例や遺族等から警察に直接相談等があった場合の捜査と委員会調査の調整を図る仕組みを設ける」ことが盛り込まれた。

検討会では、委員から「医療事故」という表現に異論が示された。また、委員会の設置先として厚労省案が示されたが、内閣府を推奨する意見もあり、名称や設置先を含め、試案の細部についてはさらに議論を続ける。

ただし、事務局は「最短で次期通常国会で委員会設置法の成立を視野に取めている」と発言、年内にも法案要綱の基

となる案を固める意向を明らかにした。

検討会後、二川一男総務課長は、本紙の質問に「医師法21条について法律家の多くは解釈の明確化で運用を変更できるとしている」と、通知で運用解釈を変える方向で臨んでいることを示唆。その一方で、「医療界には21条そのものを変えてほしいという意見が強い」という認識を披露した。

その上で「いずれにしても両者の見解は根っここの部分で一致している」と指摘。さらに、「委員会設置法の成立と21条解釈の明確化は同時に行なわれる」と、21条解釈の変更が「医療版事故調」設置と一体であるという認識を示した。

ただし、「難問は行革や財政措置だ。一定人数を擁する組織の新設に対する抵抗は小さくない」と、実現には省庁間の調整が不可欠であると強調した。

さらに、「成立しても準備にかなりの時間がかかる。施行まで1年というわけにはいかない」とも述べ、来春の通常国会で成立しても、実施は2010年度以降となることを示唆した。

## へき地以外の不足地域にも医師派遣を認める

独自派遣は不可。都道府県の医療対策協議会が承認

厚生労働省は医師の人材派遣を認める範囲をへき地以外の医師不足地域に拡大する方針を決め、10月23日の労働政策審議会職業安定分科会に労働者派遣法施行令一部改正を諮問、了承する旨の答申を得た。

また、医療法上の対応を行なうために医療法施行規則の一部改正省令案をまとめ、10月24日に意見募集を開始した。厚労省は11月にも労働者派遣法施行令を改正、2007年度内の実施を見込んでいる。

医師等の人材派遣を禁じている労働者派遣法は、紹介予定派遣と社会福祉

施設等医療機関以外への派遣に限って認めていたが、昨年4月に、産前産後や

育児、介護などで長期休欠の代替要員やへき地の病院を例外に追加、規制を緩めた。

今回の措置は、深刻な医師不足におちいっている医療機関の要請に応じて協力できる医療機関が医師を派遣できるというもので、大幅な解禁となる。

実施に当たっては地域医療支援中央会議(国)と医療対策協議会(都道府県)

の枠組みを活用。病院等の開設者が派遣元となり、医療対策協議会の承認を得ることが要件となる。したがって、人材派遣会社や医療機関が医師を独自に派遣することは認められない。

医療法施行規則改正案で、派遣元は「地域医療に従事可能な人材を抱える地域の有力な医療機関」と規定される。ただし、義務づけられるわけではない。同日の職業安定分科会でも、事務局(職業安定局需給調整事業課)は「協力が義務化されるとか、自分の病院を犠牲にしてまで協力するという事は難しいと考えている」と答えた。

## 西澤会長「医療安全管理者の専従は専任とすべし」

08年度改定審議 居住系施設等への訪問診療算定が医療機関で違う現状に見直しを求める

診療報酬基本問題小委員会は、10月後半に3回2008年度改定の審議を行なった。いずれも1巡目の議論であり、個別テーマの内容も抽象的な域を出ないが、西澤委員(全日病会長)は、再三、重要な意見表明と提起を行なった。

西澤委員の発言を軸に、10月後半の改定審議を整理した。

### ●後発品の使用促進

10月17日の基本小委は「後発品促進のための環境整備」を取り上げ、事務局は、①処方せん様式の検討、②銘柄指定後発品の処方せんを、患者同意の上で薬剤師が別銘柄で調剤することができる、③「後発品への変更可」の処方せんを受け付けた薬局で、服用しやすさを改善する観点から、同等性が確認されている範囲で剤形が異なる後発品に変更できるなど、使用促進を進める考えを提示した。



▲基本小委に臨む西澤委員(本会会長)

③で口腔内崩壊錠が例にあげられた。西澤委員は、例えば崩壊錠を処方する場合にも使用感を重要な判断材料としていることを指摘し、行き過ぎた促進策に反対する旨の意見を表明した。

### ●医療安全対策、救急医療ほか

10月19日の基本小委は、医療安全対策、救急医療について議論した。

事務局は、①臨床工学技士の配置、②重篤な副作用をもつ薬剤投与患者に関する薬剤業務や集中治療室等における薬剤管理・適切使用、③発症3時間以内の脳卒中患者にt-PA(ルテプララーゼ)

が投与できる体制、④担当医によるうつ病等が疑われる受診患者の精神科医への紹介の各評価などが検討課題として提起された。

t-PAはSCU(脳卒中集中治療室)等の加算評価とする方向。

西澤委員は、現行の医療安全対策加算で医療安全管理者が専従とされていることを取り上げ、広く病院で安全対策を普及させる見地から、兼務が可能な専任扱いとするよう求めた。

また、④において、紹介患者受診後も連携が図られるよう、紹介先を含めた総合的な評価とすべきと主張した。

### ●後期高齢者医療(在宅医療)

10月26日の基本小委は後期高齢者医療の2回目として在宅医療を取り上げた。

事務局は、①主治医等が患者の情報をカンファレンス等から集約して患者に指導・助言すること、②在宅での診療内容が入院後も継続するよう、あら

かじめ決められた連携医療機関への入院、③訪問看護の24時間対応体制、④人工呼吸器装着者等に対する長時間の訪問、週4日以上訪問等重点的なケア、⑤終末期の診療内容等について患者との合意内容を書面等にまとめた場合、などを評価する考えを示した。

居住系施設に対する往診は費用の効率性から引き下げるが、計画的な医学管理は引き上げる方向だ。

西澤委員は、①のカンファレンスについて介護保険との関係を整理するよう提起した。また、訪問看護ステーションに関しては医療保険と介護保険との間に整合性が確保されていないことを指摘し、改善を訴えた。

さらに、往診・訪問について、在宅と居住系施設とで、あるいは医療機関によって算定範囲が異なる理由を質すとともに、前改定で、療養病床転換組を除く「特別な関係にある」病院は特定施設入居者に対する在宅時医学総合管理料が算定できないとされたことを取り上げ、「同じ診療行為で評価のあるなしが分かれるのはおかしい」と、その見直しを求めた。

# 病院の赤字幅、前回調査の倍以上に拡大

## 07年実調結果速報 赤字病院が増加。06年マイナス改定の深刻な影響が歴然!

厚労省は10月26日の中医協・調査実施小委員会に今年6月を対象とした医療経済実態調査結果の速報を報告した。それによると、介護保険事業収入のない一般病院全体の医療収入は2億3,693万円と2005年6月に比べて10.9%も減少した。医療費用は2億5,009万円と8.1%減にとどまった結果、医療収支差は-5.6%と、赤字幅が2年前(-2.3%)の倍以上に拡大した。

調査回答病院の平均病床は190床と05年6月よりも14床少ない。支払側からは「収入減は病床規模が小さいことが大きい」という感想も示されたが、しかし、病床規模の縮小は赤字幅拡大の説明とならない。「稼働日が前回よりも1日少ない」という指摘もなされたが、事務局は、その影響を否定した。

医療収支の赤字は公立病院が-17.4%と際立っている。公的病院も-5.5%と深刻だ。ただし、これ以外は、独法化の国立、経営改善につとめる医療法人、

個人病院とも黒字を確保した。

機能別では軒並み赤字を計上しており、中でも特定機能病院と亜急性期入院管理料算定病院でマイナス幅が顕著だ。

一般病棟入院基本料のランク別では「13対1」が辛うじて黒字で、以下、「15対1」「7対1」「10対1」の順で赤字幅が拡大している。

実調速報に対しては、支払側から、病床数など標本の属性が流動的であるとして不満が示された。04年改定時に採用された「定点観測的手法を用いた調査の試行結果」(64病院)によると、医療収入は前年比-1.7%、医療費用は+0.4%、医療収支差は-5.5%と、05年6月から2.2ポイントも赤字が拡大している。

代理出席した西澤委員(本会会長)は黒字・赤字病院の割合をたずね、事務局は別掲のデータを提出した。

それによると、赤字病院の割合は前

■介護保険事業収入のない一般病院の収支状況・設立主体別(07年6月) 単位: %

	全体	国立	公立	公的	医療法人	個人
医療収入伸率(対05年6月)	-10.9	-11.6	-9.7	-31.7	-8.0	22.9
医療費用伸率(対05年6月)	-8.1	-11.5	-2.8	-27.3	-9.1	26.9
医療収支差	-5.6	0.3	-17.4	-5.5	2.5	5.7
総収支差	-2.3	-1.6	-7.6	-3.8	2.2	5.6

■病院機能別の収支状況(07年6月) 単位: % \*特定機能病院を除く

	特定機能病院	DPC対象病院*	地域医療支援病院	回復期リハ算定病院	亜急性期入院算定病院	ハイケアユニット算定病院
医療収入伸率(対05年6月)	3.8	-	-12.3	-23.0	-13.7	10.1
医療費用伸率(対05年6月)	4.8	-	-14.4	-24.6	-9.2	13.2
医療収支差	-9.8	-1.3	-2.1	-0.3	-6.3	-4.9
総収支差	-6.0	-0.3	-0.8	-0.0	-3.2	-4.1

■一般病院(全体)の一般病棟入院基本料別収支状況(07年6月) 単位

	7対1	10対1	13対1	15対1	特別入院基本料
医療収支差	-3.0	-9.0	0.0	-3.0	-0.5
総収支差	-1.6	-3.4	0.7	-2.2	-2.1

回調査の43.1%から51.7%へと、8.6ポイントも増加した。同じく西澤委員が中医協に報告した日病協「病院経営の現況調査」での赤字病院増加と符合する結果となった(4面を参照)。

■一般病院の赤字割合 単位: %

	2005年6月	2007年6月
全体	43.1	51.7
公立	58.2	70.3
公的	40.6	85.2
医療法人	38.9	41.3

# DPC病院を「軽度な急性期」と「重度な急性期」に分ける!

## DPC評価分科会 回復期リハの手前までがDPC包括評価の領域。軽度と重度で異なる体系か

10月22日の診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会で、事務局(厚労省保険局医療課)は、DPC対象病院の範囲などあり方を見直す論点として、1,400病院を超えて一般病床の50%以上を占めるにいたったDPC病院を「軽度な急性期」と「重度な急性期」の2グループに分け、再編成する考えを提示した。

DPC病院は、これまでDPCデータの提出調査に協力する準備病院を経て対象病院に移行してきた。

その準備病院になるには、(1)10対1以上、(2)診療録管理体制加算(または同等の診療録管理体制)、(3)標準レセ電算マスターへの対応が必須とされ、特定集中治療室管理料、救命救急入院料、病理診断料、麻酔管理料、画像診断管理加算の各算定を「望ましい要件」とした。

これらは06年度改定に決められたが、04年度改定時には、①「データ/病床比」が概ね3.5以上、②データの質の確保(臨床病名とICD10の傷病名との照合、コーディングの正確さ)、③E、Fファイルの提出が要件とされた。

ただし、現在は、「望ましい要件」の実現率と医療提供能力のレベルを示すとされる調整係数との相関性は薄れている。また、とくにDPC準備病院にはケアミックス型病院が参加するなど、病床規模を含めた多様化が進行している。

そこで、事務局は、DPCを急性期医療のスタンダードとするために、高度急性期を前提としてきたDPC病院の枠

組みを見直し、入院患者の病態に応じた医療内容にもとづいて再編成する方向で検討を進めてきた。

その結果、DPC病院群を「軽度な急性期」と「重度な急性期」の2グループに分けるという「2階建」構想にいたったもの。この考え方は、原医療課長が提唱している「高度急性期・総合病院」と「一般急性期病院」へ分化すべきとする論と符合する。

厚労省は今後もDPC病院の増加を図る方針だが、亜急性期ゾーンとも重なる軽症急性期にも対応する必要から、今回の提起になったものと思われる。

この「2階建」論では大学病院(特定機能病院)の位置づけが不明であったが、DPC分科会後の質問に、担当官は「特定機能病院は重度な急性期のグループに位置づけられる」とした。

事務局は、また、今後のDPC病院の範囲を定める基準として、04年改定の「データ/病床比」、06年改定の「望ましい要件」に加え、その他として、手術、化学療法、放射線療法、全身麻酔、救急搬送等というスケールを例示した。

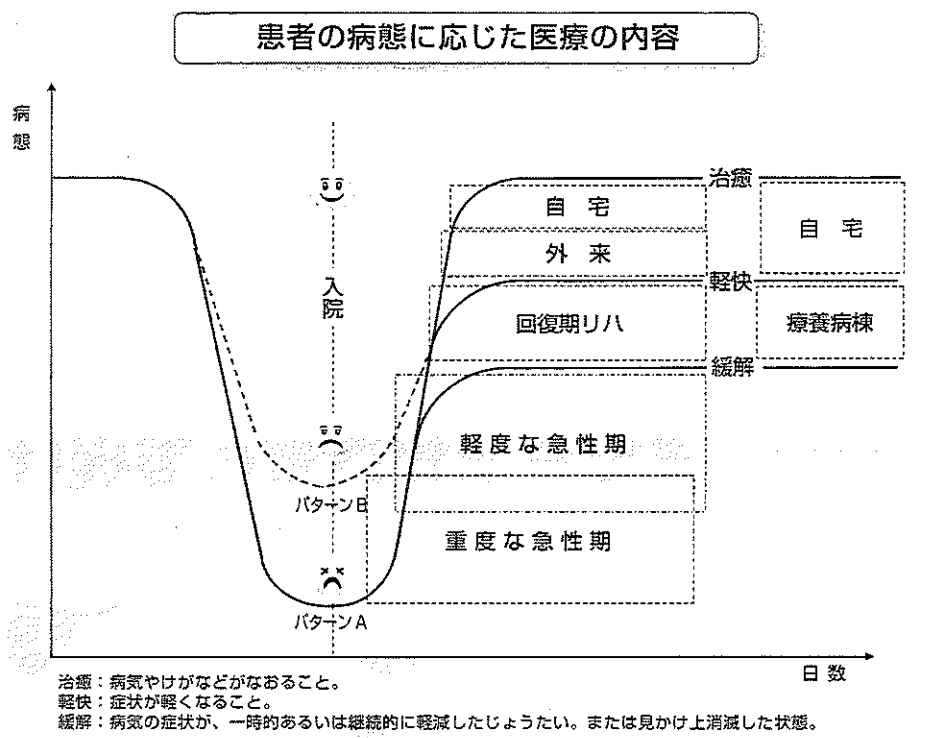
「データ/病床比」は、数値の設定によってケアミックス型病院を加えることも、除外することも可能となる。「望ましい要件」は、DPC病院の基準とせず、調整係数に代わるものとして提起されている「機能評価係数」に反映させるという方向が考えられている。

分科会は、引き続き事務局案の検討を進める。

「DPC対象病院の在り方に係る検討の論点」より 10月22日 DPC評価分科会

- 急性期入院医療の概念としてどのように考えたらよいか。  
例えば、急性期とは患者の病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態(治療・軽快・緩解を含む)に至るまでを指すこととしてはどうか。
- 対象として相応しい範囲をどのように考えたらよいか。  
患者の病態に応じた医療の内容から、

- 主に以下の療養の経過が考えられるのではないかと。  
パターンA/患者の病態が非常に重く、重度な急性期の治療が必要な場合  
パターンB/患者の病態が軽度ではなく、軽度な急性期の治療でよい場合
- 2の検討を踏まえたDPCの基準及び評価のあり方についてどのように考えたらよいか。



# 勤務医の負担軽減が大きなテーマ

## 08年度改定の基本方針 病診の基本診療料を手直しか。回復期リハに結果評価を導入

厚労省保険局医療課は、10月29日の社保審医療保険部に提示した診療報酬改定の基本方針にかかわる論点整理で、2008年度改定では「特に病院勤務医の負担軽減を図ることに重点を置く」という視点を強調した。

それにつながる検討課題として、①初再診料や入院基本料における対応、②病院の外来縮小(入院比重の拡大)に向けた取り組みの評価、③書類作成等

の業務を医師以外に担わせる体制の推進、④がん治療などの外来医療への移行促進などを論点に盛り込んだ。

外来医療への移行促進は、後期高齢者医療診療報酬の骨格案にも書き込まれている。

初再診料については、8月8日の中医協総会に示した「平成20年度診療報酬改定検討項目案」に書き込まれて以来、基本小委では取り上げられていない。

原医療課長は部会後、取材陣に、病院の患者負担額を診療所よりもより高める方向で検討していることを示唆した。財源余力がないことを考えると、診療所初再診料の引き下げを視野に入れているともみれる。病院における選定療養の拡大については肯定否定を控えた。

書類業務等を担わせるスタッフは入院部門を考えていると明言。医政局がモデル事業に着手したメディカルクラーク

については否定的な反応をみせた。また、論点には「医療の結果により質を評価する手法を検討する必要」が明記されているが、これについては「回復期リハ病棟を指している」ことを明らかにした。

医療保険部会は次回、11月後半に「08年度診療報酬改定の基本方針」をとりまとめる。原課長は「それまでに基本小委の議論を一巡させ、改定の全体像を明らかにする」意向を表明した。中医協における改定審議は、11月末に社保審による「基本方針」を受け、それを踏まえた改定率に関する意見書を12月頭にまとめるとともに2巡目の議論に入ることになる。

# 現行老健報酬の加算で対応。看取りも評価

「医療機能強化型」老健施設 緊急時には往診(医療保険)を認める。「医療機能強化」は不適切と名称を見直す

療養病床の転換先となる「医療機能強化型介護老人保健施設(仮称)」の介護報酬を審議する介護給付費分科会は10月12日、7ヶ月ぶりに再開された。

事務局(厚労省老健局老人保健課)は、「医療機能強化型老健」を新たな類型として評価する方法に対して、現行老健施設の施設サービス費に人的配置や物品等の上乗せ部分を加算評価する案を提示した。

また、加算評価の対象施設として、必要な医療職の配置に加え、「夜間等日勤帯以外の時間帯に看護が必要な者の割合が一定程度以上いる」ことを要件とする考え方を示した。

夜間など日勤帯以外の時間に、急性増悪等によって緊急な医療提供が必要になった場合には、施設医師のオンコ

ールや他医療機関からの往診で対応するとし、往診については医療保険からの給付とすることで「保険局と調整」していることを明らかにした。

日勤帯以外の時間帯の看護職員による医療提供は、夜間等看護職員の継続的配置に加え、日勤帯看護職員の早出・遅出勤務によって対応可能としている。

さらに、入所者に対する看取りを加

算評価するとして、①医学的知見から終末期であると診断されていること、②同意の上でターミナルケアの計画が作成されていること、③説明と同意の上で施設各職が共同してターミナルケアが行なわれていること、④入所施設又は当該入所者の居宅で死亡した場合の4点を要件にあげ、「入所者により大きく異なる個別のニーズに対応した一

定の適切な医療サービスの提供」についても、介護報酬として加算評価する考えを示している。

事務局は、また、開設が進まない小規模介護老人保健施設についても、①現行180日という算定日数上限を緩和する、②医療職や支援相談員、介護支援専門員の非常勤配置を認めるなど、報酬算定要件や人員基準を緩和する案を提示した。

同日の検討会では、全国老人保健施設協会がかねて求めていた、「医療機能強化型介護老人保健施設」という呼び方の変更を確認。遅くとも1月までには別の名称を決めることで合意した。

介護報酬の審議は年内に3回ほど行なわれ、1月には報酬と基準について諮問・答申を予定している。



## 医薬品流通改善懇談会 医薬品流通改善で緊急提言。中医協が厳しい反応

10月24日の中医協・薬価専門部会は、医政局「医療用医薬品の流通改善に関する懇談会」が9月28日にまとめた「医薬品の流通改善について(緊急提言)」の報告を受けた。

提言は、メーカー・卸間の取引に対しては、①仕切価等の速やかな提示、②適正な仕切価水準の設定、③割戻し・アローアンスの整理・縮小等を、卸と医療機関・薬局間の取引には、①(卸売業者は)実質的価格提示を早期に行なう、②単価交渉であること(総額契約を行なう場合でも可能な限り医薬品個々の価値・価格を踏まえた取引を進めること)、③(未妥結・仮納入を6ヶ月を超える場合

と定義)価格妥結は四半期報告に対応した時期内であること等の留意事項を提起、「モデル契約書改正案」を添付した。

その主旨は「現行薬価制度の信頼性を確保する観点から、早期妥結及び単品単価契約が求められている」であり、関係3者に「モデル契約書の趣旨を尊重し、特に合理的な理由のない過渡値引きは行わないこと」を求めた上で、「本留意事項の趣旨を踏まえた取引が行われているかどうか定期的な実情把握調査を行い、必要に応じ調査結果に基づく指導を行う」ことにつづる。

「一次売差マイナス」や「仕切価修正的なアローアンス」の常態化を書き込むな

ど一定の実態報告を試みてはいるが、提言は、不合理な流通過程の“責任の所在”と解決策を最終的に明らかにするには至っていない。

しかし、漠とした提起に終わった背景には、基本的には「公正な市場競争」を盾にした公正取引委員会への配慮がある。

報告した医政局武田経済課長は、提言が「公取委と協議した上でまとめられた」ことを認め、「行政といえども民間取引を拘束することには違法性が生じる」と釈明した。

総額取引や未妥結・仮納入等の詳しい実態、その実勢価格への影響度、さ

らに改善策を医薬品流通改善に求めている薬価専門部会では、「あまり参考にならない」という声が出た。

とくに、土田委員(中医協会長)は、「単品に単価を付けることがベースだ。(薬価取引を)その方向にもっていかせたい」と要求する一方で、「価格決定をする側として、実際の取引が総額であるならば、それを踏まえた計算をする必要もある」と強く批判した。

薬価専門部会は、今後、この提言を踏まえて薬価毎年改定の可能性を議論するが、米国研究製薬工業協会(PhRMA)は同日、「知的財産権の保護期間中に薬価が下がる」ことへの懸念から薬価の毎年改定に強く反対する意見を表明するなど、毎年改定に反対する声は強まる一方だ。

## 「事故調」外届出事故については捜査との調整を図る

医療事故情報収集等事業を踏まえて診療関連死の範囲を定める

「診療行為に関連した死亡の死因究明等の在り方に関する第2次試案」(概要) 10月17日 厚生労働省 \*同日付で意見募集を開始(締め切りは11月2日)。

### 2. 診療関連死の死因究明を行う組織について

#### (1) 組織の在り方について

①診療関連死の死因の調査や臨床経過の評価・分析を担当する組織として、医療事故調査委員会(仮称)(以下「委員会」)を設置する。

この組織の在り方については、行政機関(厚生労働省)を想定)に置かれる委員会を中心に検討する。また、委員会の設置単位については、ブロック単位での分科会(以下「地方ブロック分科会」)の設置を中心に更に検討を進める(以下は、地方ブロック分科会を設置する場合を想定している)。

②委員会は原因究明・再発防止を目的とし、医学的な観点からの死因究明と医療事故の発生に至った原因分析を行う。患者・遺族と医療従事者とのコミュニケーション等の評価に関しては、その実施方法について更に検討する。

③医療事故の調査は監察医制度とは別の制度として運用する必要があるが、監察医制度との十分な連携を図る。

#### (2) 委員会の構成について

①委員会は、医療従事者(臨床医、病理医、法医等)、法律関係者、遺族の立場を代表する者等により構成する。

②地方ブロック分科会は個別事例の評価及び調査報告書の作成・決定を行う。

③個別事例の評価及び調査報告書原案の作成は、分科会の下に置かれるチームが担当する(解剖担当医や臨床医、薬剤師や看護師等医師以外の医療従事者、法律関係者、遺族の立場を代表する者等により構成される)。

④委員会及び地方ブロック分科会事務局の設置についても検討する。

(3)遺族との調整を担う者や解剖担当医等をはじめとした調査の実務を担う人材の育成・確保を行っていく。

### 3. 診療関連死の届出制度の在り方について

(1)医療機関からの診療関連死の届出を義務化する。届出を怠った場合には何らかのペナルティを科すことができることとする。

(2)届出先は委員会を主管する大臣とし、当該大臣が委員会に調査を依頼する。

(3)届出対象となる診療関連死の範囲は、現在の医療事故情報収集等事業の「医療機関における事故等の範囲」を踏まえて定める。

(4)診療関連死については、全ての事例について主管大臣が届出を受領し、必要な場合には警察に通報する(診療関連死の中にも刑事責任を追及すべき事例もあり得ることから、警察に対して速やかに連絡される仕組みとする)。

なお、医師法第21条については、本制度に基づく届出がなされた場合における医師法第21条に基づく届出の在り方について整理する。

### 4. 委員会における調査の在り方について

(1)調査の対象事例は当面死亡事例のみとする。

(2)遺族からの相談も受け付け、医療機関からの届出がなされていない事例でも、診療関連死が発生したおそれが認められる場合は調査を開始する。

(3)委員会における調査の手順について

個別事例の評価は地方ブロック分科会が行うこととし、遺族の同意を得て解剖が行える事例について、以下の手順で調査を行う。

①解剖、診療録等の評価、遺族等への聞き取り調査等を行う。

②解剖結果、臨床経過等の調査結果等に基づき、死因、死亡等に至る臨床経過、診療行為の内容や背景要因、再発防止策等についての評価・検討を行う。

③評価・検討結果を踏まえた調査報告書を作成する。個人情報等は削除する。

④調査報告書を遺族及び医療機関へ交付するとともに公表する。

⑤調査報告書は分かりやすい表現を用いるなど、遺族が理解しやすいよう配慮する。

### 5. 院内事故調査委員会

院内事故調査委員会による調査・評価は極めて重要であり、外部委員を加える等、その体制の充実を図る。

### 6. 再発防止のための更なる取組

(1)委員会は、個別の事例の分析に加え、集積された事例の分析を行い、全国の医療機関に向けた再発防止策の提言を行う。

(2)委員会は、医療安全の施策について、必要に応じて行政庁に勧告・建議を行う。

### 7. 行政処分、民事紛争及び刑事手続との関係

行政処分、民事紛争及び刑事手続に



おける判断が適切に行われるよう、これらにおいて委員会の調査報告書を活用できることとする。また、以下の点についても改革を進める。

#### (1) 行政処分の在り方について

①行政処分は医道審議会等の既存の仕組みに基づいて行う。

②医療機関への改善勧告等のシステムエラーに対応する仕組みも設ける。

#### (2) 裁判外紛争処理について

民事紛争における裁判外紛争処理(ADR)は、委員会とは別の民間のADR機関を活用、民間のADR機関相互の情報・意見交換等を促進していく場を設ける。

#### (3) 刑事手続について

①警察に通報された事例や遺族等から警察に直接相談等があった場合の捜査と委員会調査の調整を図る仕組みを設ける。

②事例によっては、委員会の調査報告書は刑事手続で使用されることもあり得る。

#### 8. 本制度の開始時期

本制度の施行に当たっては十分な準備期間をとるものとする。

# マイナス改定の影響が歴然。西澤会長が中医協小委で報告

日病協「病院経営の現況調査」結果

## 43%の病院が赤字。04年度以降に19%が病床休止・返還。16%が「診療科を休止」

日本病院団体協議会は「病院経営の現況調査」結果を報告にまとめ、10月15日に舛添厚生労働大臣、外口医政局長、水田保険局長宛に提出した。

「現況調査」は、2006年度マイナス改定の影響が病院経営にどう出ているかを探る目的で、日病協加盟11団体傘下全病院を対象に8月から9月にかけて実施、入院患者数、医業収支、医師・看護師数、医師・看護師募集状況など18項目にわたってたずねた。

全病院8,878の32.0%を占める2,837病院から回答を得る、民間レベルではまれな大規模調査となった。その結果、マイナス改定や頻繁な制度変更によって疲弊する病院経営の深刻な実状が浮き彫りとなった。

日病協は、この結果を医療経済実態調査の補足データとすべく、中医協土田武史会長と社保審医療保険部会鎌谷真平会長にも提出。10月26日の中医協・調査実施小委員会に代理出席した本会西澤会長は「病院経営の現況調査」結果の概要を報告した。

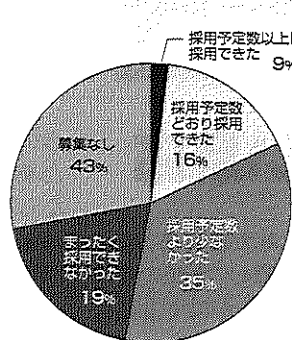
本調査の実施と報告作成には本会猪口雄二副会長があたった。以下は「病院経営の現況調査」結果の概要である。

- 赤字の病院は2005年度の37.11%から06年度には43.02%に増加した。
- 05年度と比較した収支差の増減率は「-1%以上」が51.14%であった。中小規模には「-10%以上」の病院が多く、とくに医療療養病床は「-10%以上」が25.42%もあった。
- 03年末と比較して31.88%の病院で医師数が減少し、05年度末と比較して33.12%の病院で看護師数が減少していた。

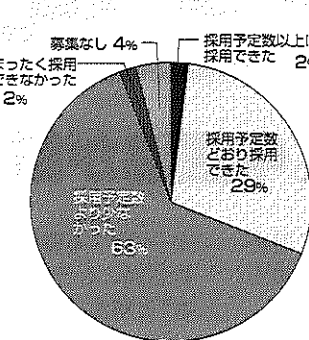
- 72.51%の病院が06年度中に医師募集を行ない、「採用予定数より少なかった」が50.28%、「全く採用できなかった」が25.60%という状況であった。
- 96.08%の病院が看護師の募集を行ない、「採用予定数より少なかった」64.36%、「全く採用できなかった」2.41%という状況であった。
- 18.67% (521病院) が04年度以降に病床休止もしくは返還が「あり」と回答した。その数は08年以降に急増している。
- 15.78% (439病院) は04年度以降に「診療科を休止」している。診療科で最も多いのは産婦人科(71病院)、次いで小児科(67病院)であり、複数回答を合わせると622科にのぼった。

- 109病院(3.95%)が04年度以降に「救急指定・救急輪番制などの取り下げ」を行なっている。
- 検討中の「今後の運営方針」は、「診療所への転換」48病院、「介護施設(一部含む)への転換」274病院、「閉院」20病院であった。いずれも中小規模が中心である。「医療療養のみ」は「診療所への転換」24病院、「介護施設(一部含む)への転換」96病院、「閉院」7病院と、過半数の病院が他施設への転換・廃院を検討していることが判った。

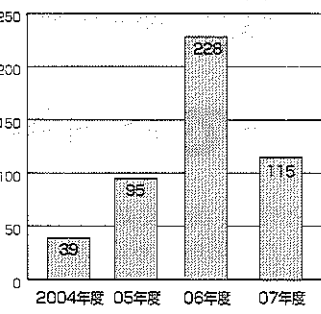
■06年度中の医師募集の状況



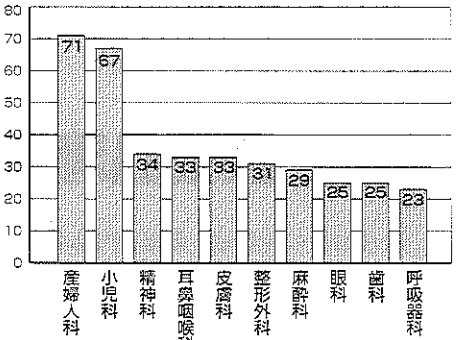
■06年度中の看護師募集の状況



■04年度以降の病床休止もしくは返還



■04年度以降に休止した診療科(上位10件)



### 社会保障カード 在り方検討会

## 関係団体と意見交換へ。未払チェック機能は困難

10月23日の「社会保障カード(仮称)の在り方に関する検討会」は、カードの機能・対象範囲として、①年金手帳・健康保険証・介護保険証を兼ねる、②年金記録・レセプト情報・特定健診情報等を閲覧できることに加え、資格証等としての活用や電子的に閲覧可能な情報の拡大を想定するなど、将来的な用途拡大を妨げない方向で検討することでほぼ合意した。

また、ICカードを採用するが、ICチ

ップやカード券面に収録する情報はできる限り人確認のために必要なものに限定する方向で一致した。

申請、照会、閲覧の際の本人確認は公的個人認証サービスの活用を検討する方向を確認したが、代理人の場合の本人情報秘匿方法や高齢者の場合の操作性など、詳細は引き続き検討すべきとされた。

統一番号による個人管理については、「健康保険や介護保険の被保険者番号

を継続した上で基礎年金番号によって生涯を通じた管理が可能となる」という見解が示された。

検討会では、一部委員から、「医療機関では未払い常習者をチェックできる機能への期待が大きい」という指摘が出た。

これに対しては、医療機関が共通して知るためには本人情報に書き込む必要があることから、「未払い常習者である」という情報を(当該医療機関以外

の)医療機関にばらまくというのはいかがか」という反論が出るなど、検討会は概ね否定的反応を示した。

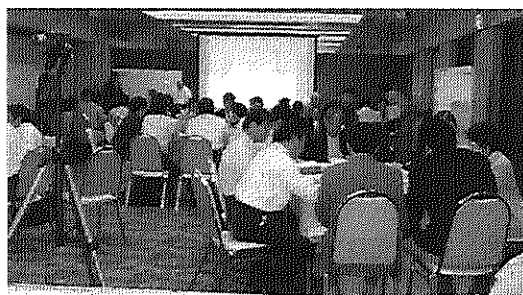
事務局が提示した論点の議論が一巡したことから、検討会は次回11月に、2班に分かれて計各4~5回にわたり、1回あたり4~5の関係団体を招いて意見交換を行なう。

委員からは「医療や介護は保険者だけでなく医療機関や介護事業者も当事者。招くべきだ」という声が出た。事務局は病院協会等を含めてリストアップする考えだ。

## 臨床研修指導医講習会を医法協と共同開催

全日病と医法協が共同で実施する臨床研修指導医講習会が10月20日・21日に東京都内で開催され、47名が受講した。

本会の企画になる臨床研修指導医講習会はセミナーにワークショップ形式(小グループによる作業と全体発表の組み合わせ)を採用した。



そのプログラムも、「病院運営における臨床研修の位置づけ」や「研修指導を行なう上での院内体制の立ち上げ」の時間を重点的に配した上、実際に臨床研修病院として活動している民間病院の指導医に事例紹介・講演してもらうなど、運営実務を重視したプログラムが特徴。

受講者は1泊2日20時間におよぶワークショップや講義・講演で指導医のスキルだけでなく、臨床研修病院指導スタッフとしての見識が身につく講習会となった。

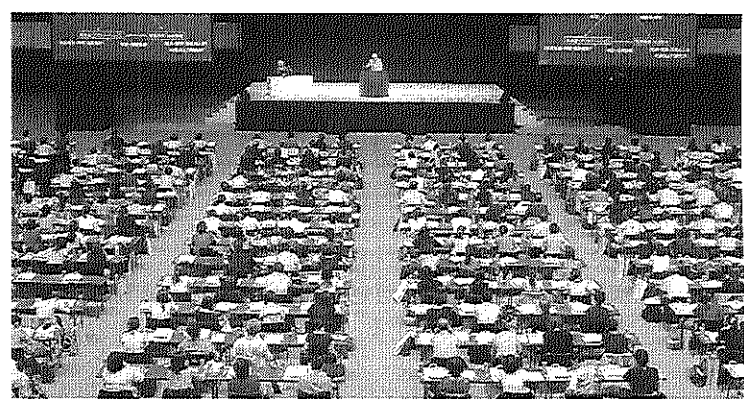
修了者には両協会会長および厚労省医政局長連名の修了証書が手渡された。

## 特定保健指導実施者育成「技術編」を神戸市で開催

本会が主催する「特定保健指導実施者育成研修コース」が10月18日・19日に神戸市内で開催され、438名が受講した。

本会の「特定保健指導実施者育成研修コース」は、特定保健指導の実施者である医師、保健師、管理栄養士、看護師が対象。

すでに、7月から10月にかけて東京、神戸、北海道で「基礎編」の開催を終え、つごう2,000名が受講している。今回の



神戸開催は「基礎編」修了者を対象とした「技術編+計画評価編」で、今後、11月と12月に東京でも開催が予定されている。

**全日病厚生会 病院総合補償制度に**

# 「個人情報漏えい保険」が追加されました



個人情報漏えいした場合に病院が被る損害賠償金や訴訟対応のための弁護士費用、新聞への謝罪広告費用、お詫び状の郵送費用等を保険金としてお支払い致します。

団体契約者 全日病厚生会  
引受保険会社 東京海上日動火災保険(株)

●ご加入のお申込み、お問合せは… (株)全日病福祉センター

TEL (03) 3222-5327 FAX (03) 3222-0588